

## 脳神経内科 初期研修プログラム

### 必ず習得するアウトカム

1. 病歴聴取と神経学的診察を系統的に行うことができる
2. 診断に必要な検査を適切に選択し、実行することができる
3. 脳梗塞の病型分類を適切に行い、適切な治療をすることができる

### 研修目的

神経内科は症候学を基本とし、問診から得られる病態の推測と、神経診察さらに高次脳機能診察による病巣部位の同定により、疾患の診断、そして治療に結びつけることが可能な診療科目である。その対象疾患は脳梗塞、脳炎や髄膜炎などの緊急性の高いものから、片頭痛やてんかん、認知症などの身近な疾患、免疫学的治療を要する自己免疫疾患、筋萎縮性側索硬化症などの難治性の神経難病に至るまで非常に幅広い。他の内科的疾患に神経障害が合併することも多く、それらを含めれば数え切れないほど多くの疾患が神経内科の対象となる。

神経内科の初期研修では、これら神経疾患の診断と治療に必要な基本的な知識を身に付けることを前提として、その知識を実際の症例に結び付けていくために必要な技術を学ぶ。具体的には、病歴聴取と神経学的診察、適切な検査の選択と実行を、研修を通じて身に付けていく。これにより、幅広い神経疾患の初期・基本的診療を行う能力が得られる。また初期研修では特に、日常もっとも遭遇することが多く、専門家でなくとも一定の対応能力が求められる、脳梗塞の診断・治療について確実な診療能力を身に付ける。

上記の通り、神経障害は神経疾患に限らず、しばしば他の内科的疾患に合併して生じる。したがって総合診療、プライマリ・ケアの場面で神経診察を正確に行えることは重要であり、初期研修医は神経内科をローテートしてその技術を身に付けることが望ましい。学生時代には神経学が不得手であったという医師は多い。しかし症候学を重視した当科での研修を通じて、机上の知識が面前の患者の診断・治療という現実秩序立って繋がる過程を体験することで、神経疾患の基本的診療能力を身に付け、総合診療の能力を底上げすると同時に、神経症候学の「楽しさ」を得ることができるだろう。

### 研修目標

#### ◇ 一般目標

神経疾患の基本的診療能力を身に付ける。指導医とともに患者を担当して診療し、神経疾患の診断と治療に必要な基本的知識を身に付け、それを実際の症例に結び付けていく基本的技術を学ぶ。神経救急疾患への初期対応を習得する。

◇ 行動目標

- 1) 指導医とともに主治医として患者を受け持ち、他職種と協働して、病棟診療に従事する。
- 2) 新入院患者の病歴を聴取し、神経診察および高次脳機能診察をする。
- 3) 検査の原理を理解した上で適切に検査を選択実行し、その結果を解釈できる。
- 4) 処置の適応を理解し、実施できる。
- 5) 診断に基づき、年齢や合併症など患者の特徴も踏まえた適切な治療計画を立て、実行できる。
- 6) 患者の障害状態を適切に把握し、社会資源の利用などサポート計画を構築できる。
- 7) 指導医とともに神経救急患者の診療にあたる。
- 8) 神経疾患の主なガイドラインを理解する。
- 9) 神経疾患の外科的治療の適応について学び、対応する。
- 10) 症例報告を行う（学会、論文）。

◇ 研修期間中に経験可能な疾患・疾病、および手技

入院担当患者として：脳梗塞 8 例、脳出血 1 例、髄膜炎・脳炎 1 例、てんかん 2 例、神経免疫疾患 2 例、パーキンソン病・関連疾患 2 例、認知症疾患 2 例、他の内科的疾患に合併する神経障害 4 例

救急診療ではより多岐・多数の患者を経験する。

## 研修方略

- 病棟で 5～10 人程度の入院担当主治医となる。代表的神経疾患、急性期疾患（特に脳梗塞）の患者を主に受け持つ。共同主治医となる指導医からの指導を受けながら病棟診療を行い、研鑽を積む。指導医の指導のもとで、以下を実行する。
  - 新入院患者の病歴を聴取し、記載する。
  - 理学所見、神経学的所見をとり、必要により高次脳機能診察を行い、それらの所見を記載する。
  - 診断および鑑別診断を記載し、検査計画（血液・髄液検査、神経画像検査、生理検査、神経心理・高次脳機能検査）を立てる。
  - 必要な緊急処置を行う。
  - 計画に従い検査を行い、検査結果を解釈し、記載する。
  - 回診を行い、診療録に記載し、指導医のチェックを受ける。
  - 病状や検査結果により、次の処置や検査計画、さらに治療計画（投薬、リハビリテーション、社会資源利用）について指導医とともに検討し、実行する。
- 毎朝 8 時 10 分からの脳神経外科合同新入院カンファレンスに参加し、担当する新入院患者の病歴、所見、診断および鑑別診断、検査計画につきプレゼンテーションする。
- 月に 1 回の頻度で金曜日午後に行われる、脳神経外科合同の神経カンファレンスに参加し、担当入院患者のプレゼンを行い、文献的考察を発表する。

- 毎週火曜午後の病棟総回診・症例検討会に参加し、担当患者の入院後の経過・検査結果と問題点につきプレゼンテーションして、その後の診療方針についてディスカッションする。
- 毎週金曜午後の病棟多職種カンファレンスに参加し、担当患者の状態・方針について看護師、リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカーとディスカッションし、その後の診療方針を共有する。
- 毎週金曜午前の新患外来において、外来研修を行う。また毎週水曜午後の外来新患カンファレンスに参加し、全ての外来新患患者の病歴・所見・検査計画および結果を指導医とともにレビューする。
- 病棟や外来での腰椎穿刺・髄液検査、電気生理検査（脳波、神経伝導検査、針筋電図）、生検（神経、筋）、嚥下造影検査などに参加し、指導医のもとで技術習得する。
- 指導医の指導のもとで、各種書類を適切に記載する。
- 指導医とともに、脳卒中を主とした数多くの神経救急患者の診療にあたる。その中で、超急性期脳梗塞に対する t-PA 療法の適応を理解し、チームの一員として実施する。
- 入院担当患者あるいは救急患者で、脳外科的もしくは脳血管内外科的な治療の対象となり得る病状が生じた場合は、遅滞なく指導医に相談し、対処する。
- 神経疾患の主なガイドライン（脳卒中、てんかん、パーキンソン病、認知症疾患、細菌性髄膜炎、ヘルペス脳炎、多発性硬化症、重症筋無力症、慢性頭痛、筋委縮性側索硬化症など）を熟読し、内容の理解に努める。
- 関連病院との合同症例検討会での症例提示を積極的に行う。また研修期間中に担当した症例で症例報告すべきものがあつた場合、日本神経学会東北地方会などの学会での口演発表、さらに論文発表を行う。

## 研修評価

- 形成的評価：指導医が行動目標 1～9 の各項目の到達度につき、1～5 段階で評価する。
  - 行動目標 10 については、研修期間中の担当症例に依存するため、発表の機会がない場合も負の評価は行わず、機会を得て優秀な発表を行った場合に付加的な評価を行う。
- 総括的評価：指導医および病棟看護師等が、総括して研修態度・技能を評価する。

## 週間予定表

	朝	午前	午後
月	新入院カンファレンス	病棟診療	病棟診療
火		病棟診療	病棟総回診・症例検討会
水		病棟診療	外来新患カンファレンス
木		病棟診療	病棟診療
金		外来研修	病棟診療 病棟多職種カンファレンス 神経カンファレンス（月に1回）

※神経救急診療は、救急患者の来院に際して随時行う。

## 指導責任者および指導医

指導責任者： 中島一郎

指導医： 藤盛寿一、小林理子、菊池大一、中村正史、宮澤康一、石垣あや、小川諒、八木橋崇仁

## 学生（4～6年生）や他科研修中研修医のカンファレンスの参加の可否

参加可 ・ 参加不可

## 研修医発表会、学会発表に対する指導体制

上記の通り当科では初期研修の行動目標の1つとして学会における講演発表さらに論文発表を挙げており、病棟・外来での臨床研修と同等に、指導医から適切な指導を受けることができる。

## 同時期に受け入れ可能研修医数（1クール：3ヶ月）

2 名/1クール